Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/5221

04. 07. 96

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN — Drucksache 13/4822 —

Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit

Im „Dritten Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation" (Drucksache 12/7148) betont die Bundesregierung die Bedeutung der Arbeit von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Dort heißt es: „Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde ausdrücklich klargestellt, daß Krankenkassen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern können; damit kam der Gesetzgeber einer in weiten Bereichen der Krankenversicherung bereits gängigen Praxis nach und anerkannte zugleich ihre Bedeutung als wichtiger Baustein einer zukunftsorientierten Gesundheits- und Sozialpolitik."

Mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. „Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG) sollen die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung weitestgehend aus dem Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen gestrichen werden. Die beabsichtigte Änderung des heutigen § 20 SGB V „Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung" bedeutet eine Reduktion zum reinen „Schutzimpfparagraphen". Wichtige gesundheitspolitische Aspekte werden damit zunichte gemacht. Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und freigemeinnützige Zentren für Gesundheitsförderung sind wichtige Schaltstellen und Vernetzungsorte für alle gesundheitsfördernden Aktivitäten im Gesundheitswesen.

1. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und der Verhinderung von Krankheit?

   Sind der Bundesregierung Zahlen hierzu bekannt?

   Inwieweit können nach Auffassung der Bundesregierung durch Prävention und Gesundheitsförderung Lebensqualität erhalten bzw. gesteigert sowie Kosten eingespart werden?

   Inwiefern wird dadurch die gesetzliche Krankenversicherung von Folgekosten entlastet?

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Juni 1996 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die Gesundheit des Menschen steht immer in Wechselwirkung mit seiner Umgebung und wird durch vielerlei Faktoren beeinflußt. Es ist unbestritten, daß gesundheitsförderliches Verhalten und gesundheitsfördernde Lebensumstände zur Verhinderung von Krankheit beitragen.

Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Prävention liegen jeweils bezogen auf bestimmte Krankheiten vor. Dazu zählen insbesondere die Bereiche der Zahnmedizin und viele infektiöse Erkrankungen. Der Entwurf des Beitragsentlastungsgesetzes hat präventive Maßnahmen auf diesen Gebieten deshalb auch von der Streichung der Gesundheitsförderung ausdrücklich ausgenommen. Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit hat das Bundesministerium für Gesundheit in der 1993 im Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, herausgegebenen Informationsschrift „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge" dargestellt, die einen Überblick über einschlägige gesetzliche Regelungen sowie über ausgewählte Programme, Modell- und Forschungsprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit zur Gesundheitsvorsorge enthält. Die Diskussion über die Weiterentwicklung von Gesundheitsvorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung spiegelt der Kongreßbericht „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge", erschienen im Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, wieder. Er macht deutlich, daß Gesundheitsförderung sich keineswegs auf leistungsrechtliche Möglichkeiten direkter finanzieller Unterstützung verengen läßt.

Zur Frage der Effizienz und Effektivität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung hat die Bundesregierung in ihrer Antwort vom 5. Juli 1994 auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Prävention in der Gesundheitspolitik", Drucksache 12/8238, ausführlich Stellung genommen, auf die insoweit verwiesen wird (vgl. insbesondere Abschnitt B 6).

Allgemein besteht zwar Konsens, daß ursachenbezogene Prävention das Entstehen von Krankheit verhindern kann. Wenn es um konkrete, zahlenmäßige Belege geht, ist allerdings zwischen dem theoretischen Potential und den tatsächlichen, oft erst nach Jahrzehnten sichtbaren Erfolgen zu unterscheiden. Deutliches Beispiel ist der Lungenkrebs, der nach wissenschaftlichen Studien zu 80 bis 90 % auf das Rauchen als Hauptursache zurückzuführen ist. Eine völlige Vermeidung des Rauchens könnte danach also auf lange Sicht eine entsprechende Reduktion dieser Krankheitsfälle und ihrer Kosten bewirken. Tatsächlich lassen sich aber derzeit keine durchschlagenden Erfolge – trotz diverser Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens – belegen.

Anders bei der Immunschwächekrankheit AIDS: Sie gehört zu den durch präventive Maßnahmen weitgehend vermeidbaren Infektionskrankheiten. Über die Wirksamkeit der AIDS-präventiven Maßnahmen im Bewußtsein der Bevölkerung geben die seit 1987 jährlich erhobenen Daten der BZgA-Studie „AIDS im öffentlichen Bewußtsein" Auskunft. Nach Angaben des AIDS-Zentrums beim Robert Koch-Institut hat sich die Zahl der Neuinfektionen bei jährlich 2 000 bis 3 000 Fällen stabilisiert.

2. Welche Bedeutung mißt die Bundesregierung der in den 70er Jahren entstandenen Selbsthilfebewegung im Gesundheitswesen bei?

   Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele Selbsthilfeorganisationen, -gruppen, -kontaktstellen und freigemeinnützige Zentren für Gesundheitsförderung es in der Bundesrepublik Deutschland gibt?

   Welche Angebote werden von diesen Einrichtungen gemacht, und von welchem Personenkreis werden sie genutzt?

Selbsthilfe stellt eine wesentliche Ergänzung des professionellen Hilfesystems dar. Zur Frage der Bedeutung der Selbsthilfebewegung im Gesundheitswesen wird auf die ausführliche Antwort der Bundesregierung zu Frage 16 der Kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 10. April 1996 zu den Maßnahmen der Bundesregierung zur Förderung und zum Ausbau der Patientinnen- und Patientenberatung (Drucksache 13/4323) sowie auf die Antwort der Bundesregierung insbesondere zu Frage 19 der Kleinen Anfrage der Fraktion der SPD vom 19. Juni 1996 „Stärkung der Selbsthilfe und Ermöglichung der Partizipation im Rahmen einer neu orientierten Gesundheitspolitik", Drucksache 13/4970, Bezug genommen.

Die Zahl der bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen mit zumeist regionalen und örtlichen Untergliederungen beträgt mehr als 300. Die Zahl der Selbsthilfegruppen wird auf rd. 70 000 geschätzt. Die Zahl der Selbsthilfekontaktstellen beträgt etwa 170. Zu den „gemeinnützigen Zentren für Gesundheitsförderung" können keine Angaben gemacht werden.

Die Angebote der Selbsthilfeorganisationen und -gruppen sowie ihre Nutzerkreise hängen maßgeblich von der Art des jeweiligen Problembereichs und von deren Zusammensetzung ab. Sie zielen auf eine Interessenvertretung der von dem jeweiligen Problem Betroffenen. Hierzu gehören insbesondere Beratung, Betreuung und Organisation fachlicher Hilfen, aber auch Verbands- und Öffentlichkeitsarbeit zur Verbreitung des Selbsthilfegedankens. Für den Bereich der chronischen Krankheiten kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, daß Selbsthilfegruppen insbesondere Angebote zur besseren Bewältigung der Krankheit machen und ihre Angebote sich sowohl auf aktuelle Informationen, Gesprächsmöglichkeiten als auch auf die Verbesserung der physischen und psychischen Gegebenheiten erstrecken.

Auch im Bereich der chronischen Krankheiten mißt die Bundesregierung den Selbsthilfegruppen nicht erst in den letzten Jahren große Bedeutung zu. Bereits bei der 1. Großen Krebskonferenz im September 1979 war der „Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V." eine aktive Rolle übertragen worden. Im Bereich Sucht sind viele Abstinenz- und Selbsthilfegruppen nicht erst in den 70er Jahren entstanden, sondern blicken auf eine z. T. wesentlich längere Selbsthilfetradition zurück. Auch die Selbsthilfebewegung in der Psychiatrie wurde von Anfang an unterstützt. So ist z. B. der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen schon seit seiner Gründung 1976 von der Bundesregierung finanziell gefördert worden. Heute gehören diesem Dachverband bundesweit mehr als 200 Vereine und Gruppen mit über 18 000 Mitgliedern an. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der chronisch psychisch Kranke.

Als weiteres Beispiel für die Bedeutung, die die Bundesregierung der Selbsthilfe beimißt, steht die seit 1985 geförderte Deutsche AIDS-Hilfe, die rd. 120 regionale und lokale Mitgliedsorganisationen zählt.

3. Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und freigemeinnützige Zentren für Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen gefördert werden?

   Wie sieht die Förderpraxis der einzelnen Krankenkassenarten aus?

   An welchen Orten beteiligen sich die Krankenkassen an mitgliedsunabhängigen Kosten zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und freigemeinnützigen Zentren für Gesundheitsförderung im Rahmen von Poolbildungen unterschiedlicher Kostenträger?

In den offiziell vorliegenden Statistiken ist der Anteil der Ausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Selbsthilfegruppen nicht gesondert ausgewiesen, da diese in einer Sammelposition erfaßt werden. Die Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 2 bis 3a SGB V betrugen ohne Schutzimpfungen im Jahre 1994 13,46 DM je Mitglied. Dies entspricht 0,3 % der Gesamtausgaben der GKV.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppe e. V. gab im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 12. Juni 1996 zum Entwurf des Beitragsentlastungsgesetzes an, daß die Krankenkassen jährlich knapp 10 Mio. DM zur Förderung von Selbsthilfegruppen und 400 000 DM zur Förderung von Selbsthilfekontaktstellen bereitstellen.

Nach Angaben des AOK-Bundesverbandes, des BKK-Bundesverbandes und des VdAK werden etwa 200 Selbsthilfegruppen gefördert.

Angaben über die Förderung von „freigemeinnützigen Zentren für Gesundheitsförderung" liegen der Bundesregierung nicht vor.

Nähere Angaben über die Förderung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen liegen für den Bereich der Selbsthilfekontaktstellen vor, die übergreifende bundesweite Aufgaben im Bereich der Selbsthilfe erfüllen. Im Oktober 1995 hat die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) eine Umfrage zum Förderumfang der Selbsthilfekontaktstellen durch die Krankenkassen durchgeführt. Hiernach wurden 1995 79 Selbsthilfekontaktstellen von den Krankenkassenverbänden nach § 20 Abs. 3a SGB V gefördert. Nach Angaben dieser Studie wurden von den Krankenkassen 1995 für institutionelle und Projektförderung der Selbsthilfekontaktstellen ca. 363 000 DM aufgewendet.

Die Förderpraxis der Krankenkassen richtet sich nach den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen jeweils für ihre Mitgliedskassen erarbeiteten Richtlinien und Empfehlungen zur Förderung von Selbsthilfegruppen.

Angaben zur Beteiligung der Krankenkassen im Rahmen von Poolbildungen unterschiedlicher Kostenträger liegen der Bundesregierung nicht vor.

4. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen den Angeboten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und der seit 1996 bestehenden Kassenwahlfreiheit?

   Welche umstrittenen Angebote der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit sind der Bundesregierung bekannt, und in welchem Verhältnis stehen diese zu den Gesamtangeboten zur Gesundheitsförderung bzw. Selbsthilfearbeit?

   Welche Angebote zur Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit der Krankenkassen sind der Bundesregierung bekannt, die in erster Linie der Werbung von zusätzlichen Mitgliedern dienten?

Die Krankenkassen haben auch nach Auffassung der Bundesregierung mit der Einführung der Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Angebote zur Gesundheitsförderung verstärkt auf den Wettbewerb untereinander ausgerichtet. Darüber hinaus haben sie in der Vergangenheit vielfältige Leistungen angeboten, die zwar unter dem Deckmantel der Prävention erfolgten, jedoch in erster Linie als Werbemaßnahmen anzusehen sind.

Die Bundesregierung hat keinen umfassenden Überblick über umstrittene Kassenangebote. Ihr werden solche aus Hinweisen aus der Bevölkerung bekannt. Es ist Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörden über die gesetzlichen Krankenkassen, derartige Angebote der Kassen zu unterbinden, soweit sie mit dem geltenden Recht nicht in Einklang zu bringen sind. Die Aufsichtsbehörden haben schon im November 1995 zahlreiche Kassenangebote aufgelistet, die sie nicht als Maßnahmen der Gesundheitsförderung ansehen, und sich verständigt, unzulässige Aktivitäten aufsichtsrechtlich zu verfolgen.

5. Inwieweit beabsichtigt die Bundesregierung, die Förderung der Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und freigemeinnützigen Zentren für Gesundheitsförderung durch die Krankenkassenverbände an anderer Stelle zu verankern?

   Wie sollte nach Auffassung der Bundesregierung eine bedarfsgerechte Förderung dieser Einrichtungen aussehen?

Zur Frage der künftigen Verankerung der Förderung dieser Einrichtungen wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen. Im übrigen wird im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Förderung dieser Einrichtungen darauf hingewiesen, daß diese Förderung grundsätzlich eine Aufgabe von Ländern, Kreisen und Gemeinden ist, die durch die vorgesehenen Neuregelungen nicht tangiert wird.

6. Welche Projekte, Einrichtungen und Organisationen im Bereich der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit sind von der Bundesregierung als Modellvorhaben gefördert worden, und welche weiteren Modellvorhaben sind der Bundesregierung bekannt?

   Wie waren die Erfahrungen mit diesen Projekten, und wie will die Bundesregierung die Kontinuität dieser Projekte sicherstellen?

   Plant die Bundesregierung weitere Vorhaben in diesem Bereich, und welche finanziellen Mittel sind hierfür vorgesehen?

In den alten Bundesländern wurde eine Reihe von Forschungsprogrammen und Modellvorhaben auf dem Gebiet der Selbsthilfe gefördert. Bereits in den 80er Jahren haben Forschungsprogramme und Modellvorhaben des damaligen Bundesministeriums für Forschung und Technologie und des damaligen Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft wichtige Erkenntnisse über Möglichkeiten und Bedeutung von Selbsthilfeinitiativen geliefert. Die Einrichtung von Informations- und Kontaktstellen in den alten Bundesländern wurde in einem Modellprogramm des damaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren wissenschaftlich begleitet. Eine wichtige Erkenntnis daraus war, daß eine wirksame Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen unabdingbare Voraussetzung für eine effektive Verwirklichung des Selbsthilfegedankens ist. Das damalige Bundesministerium für Forschung und Technologie hat darauf aufbauend ein Projekt „Kooperation von Ärzten mit Selbsthilfegruppen zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung" gefördert.

Im Rahmen des Modellprogrammes zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker hat das Bundesministerium für Gesundheit Modellprojekte zur Sicherung von Methoden-, Struktur- und Prozeßqualität von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Ernährungs- und Bewegungsbereich gefördert. Es wird davon ausgegangen, daß die positiven Erfahrungen, die aus diesen modellhaften Erprobungen gewonnen werden konnten, von den zuständigen Stellen umgesetzt werden. Im übrigen wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit 1993 bis 1995 das Projekt „Kooperation von Ärzten mit Selbsthilfegruppen zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker" in drei der neuen Bundesländer mit ca. 430 000 DM gefördert. In den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen wurden im Rahmen dieses Projektes Kooperationsberatungsstellen eingerichtet. Die Vernetzung der selbsthilfebezogenen Zusammenarbeit im regionalen Gesundheitswesen ist in diesen drei Regionen gelungen. Auch wurden die niedergelassenen Ärzte angeregt, chronisch Kranke zur Nutzung von Selbsthilfegruppen zu motivieren. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern hat aufgrund der besonders erfolgreichen Arbeit der Kooperationsberatungsstellen die Kassenärztliche Vereinigung die weitere Finanzierung übernommen.

Im Rahmen des Modellverbundes „Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Be-

reich" sind insgesamt zehn Modellprojekte im Bereich der Selbsthilfe gefördert worden. Inhaltliche Schwerpunkte dabei waren:

- psychosoziale Beratung und Betreuung, Initiierung und Aufbau von Selbsthilfegruppen, Unterstützung sozialer Initiativgruppen,
- Kommunikationsmöglichkeiten zwischen psychisch Kranken und freiwilligen Helfern unter Beteiligung von Sozialpädagogen,
- ambulante Betreuung chronisch Kranker in Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten,
- rehabilitative Hilfen zur Integration psychisch Kranker,
- Gewinnung von Kontaktfamilien für psychisch kranke Rechtsbrecher.

Mit dem Ziel der Förderung und Stärkung des primären Hilfesystems konzipiert der Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen derzeit ein Projekt zu Fragen der „Förderung und Stärkung des natürlichen Hilfesystems". Dabei sollen

- die verschiedenen Formen der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements dargestellt,
- die erforderlichen Rahmenbedingungen ermittelt,
- Konzepte zur Gewinnung und Förderung Ehrenamtlicher – insbesondere durch Informations- und Fortbildungsangebote – entwickelt und erprobt und
- die Ergebnisse in einem Leitfaden/Handbuch dargestellt werden.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker bereitet im Bereich der Rückfallprophylaxe psychischer Erkrankungen ein Projekt vor, in dessen Rahmen Angehörigen psychisch Kranker ein Informations- und Beratungsangebot zur Rückfallprophylaxe (u. a. zur Erkennung von Frühwarnzeichen) vermittelt werden soll.

Eine Förderung der geplanten Projekte wird zu gegebener Zeit geprüft werden.

Zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung z. Z. zehn Modellvorhaben. Im einzelnen wird hierzu auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung die Finanzierung dieser Einrichtungen gemeinsam durch Kommunen, Bundesländer und Krankenkassen?

   Inwieweit ist der Bundesregierung bekannt, daß durch den Wegfall eines Teils dieser Mischfinanzierung ein Dominoeffekt erzielt wird und damit andere Geldgeber ebenfalls ihre finanzielle Unterstützung zurückziehen?

Nach Auffassung der Bundesregierung ist es nicht Aufgabe der Krankenkassen, die Tätigkeit dieser Einrichtungen im Rahmen eines Mischfinanzierungskonzeptes abzusichern. Grundsätzlich muß es dem Ermessen der einzelnen Krankenkassen überlassen

bleiben, für welche dieser Einrichtungen sie Mittel zur Verfügung stellen. Aufgabe der Selbsthilfegruppen z. B. ist es in erster Linie, eine Beratungsfunktion für die Bevölkerung unabhängig von deren Zugehörigkeit zur GKV wahrzunehmen. Insofern ist die Förderung dieser Einrichtungen vorrangig eine gesundheitspolitische Aufgabe, die insbesondere durch Gemeinden, Städte, Kreise und Länder mit entsprechenden Finanzmitteln abzusichern ist. Erkenntnisse über den in der Frage unterstellten „Dominoeffekt" liegen der Bundesregierung nicht vor.

8. Inwieweit ist der Bundesregierung bekannt, daß Krankenkassen bei der beabsichtigten Veränderung des § 20 SGB V die bisherige Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen als Satzungsleistung fortsetzen?

Wie soll es nach Ansicht der Bundesregierung funktionieren, daß Selbsthilfegruppen, die sich nicht einzelnen Krankenkassen zuordnen lassen, als Satzungsleistung einer einzelnen Krankenkasse zu fördern sein sollen?

Der Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat in seiner Sitzung am 19. Juni 1996 einen Änderungsantrag zum Beitragsentlastungsgesetz eingebracht, wonach unter Präzisierung der geltenden Fassung des § 20 Abs. 3a SGB V die Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit präventiver oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse aufrechterhalten wird. Ein engerer Zusammenhang mit medizinischen Erfordernissen wird dadurch hergestellt, daß den Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgegeben wird, gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Krankheitsbilder zusammenzustellen, bei denen eine Förderung im Rahmen der Neuregelung des § 20 Abs. 3 SGB V zulässig ist.

Vor diesem Hintergrund geht die Bundesregierung nicht davon aus, daß Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfekontaktgruppen in dem angesprochenen Bereich infolge der vorgesehenen Neuregelungen ihre Arbeit einstellen oder einschränken müssen. Für die Förderung durch Zuschüsse ist es im übrigen auch weiterhin nicht erforderlich, daß sich Selbsthilfegruppen einzelnen Krankenkassen zuordnen lassen.

9. Inwieweit bedeutet die Herausnahme der Gesundheitsförderung aus der hälftigen Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einen Ausstieg aus der dualen bzw. paritätischen Finanzierung?

Wie bewertet die Bundesregierung die damit verbundene einseitige Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bzw. der Versicherten?

Von einem Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung kann bei einem Gesamtaufwand der Krankenkassen für Gesundheitsförderung, der bei ca. 0,3 % der Gesamtaufwendung der GKV liegt (vgl. Antwort zu Frage 3), nicht die Rede sein. Im Hinblick auf diesen geringen Anteil ist die Herausnahme der Gesundheitsförderung aus der hälftigen Beitragsfinanzierung für die Versicherten der GKV durchaus zumutbar.

10. Welche Gutachten hat die Bundesregierung bisher zur Bearbeitung von Qualitätsmaßnahmen und Standards bei der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit in Auftrag gegeben?

    Wie waren deren Ergebnisse, und wie sind diese umgesetzt worden?

    Welche Qualitätsmaßnahmen und Standards sind bei der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit nach Ansicht der Bundesregierung notwendig?

1993 hat das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker eine Untersuchung zur Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden 1995 im Asgard Verlag veröffentlicht; sie führten im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker 1995 zu einer Ausschreibung von Modellvorhaben zur „Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung". Die hierauf eingegangenen Projektanträge befinden sich im Begutachtungsverfahren. Zum jetzigen Zeitpunkt lassen sich deshalb noch keine konkreten Angaben zum Förderumfang machen.

Die im Rahmen von Projekten der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit von den Spitzenverbänden der Krankenkassen angewandten Evaluations- und Qualitätssicherungsinstrumente beziehen sich auf das gesamte breite Arbeitsspektrum der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit. Eine differenzierte Bewertung dieser vielfältigen Instrumente liegt nicht in der Zuständigkeit der Bundesregierung. Im übrigen wird ergänzend auf die Antwort der Bundesregierung vom 5. Juli 1994 auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Prävention in der Gesundheitspolitik", Drucksache 12/8238, insbesondere Abschnitt E 7, verwiesen.

11. Welche Haltung nimmt die Bundesregierung ein, und welche Folgerungen zieht sie aus der 1986 erarbeiteten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung?

    Wie steht die Bundesregierung zu dem Projekt „Gesunde Städte" der Weltgesundheitsorganisation, und welche Städte, Gemeinden und Länder in Deutschland sind daran beteiligt?

    Welche bisherigen Ergebnisse sind der Bundesregierung bekannt?

Von der Ottawa-Charta sind wichtige Impulse für die Gesundheitsförderung ausgegangen. Das Projekt Gesunde Städte als eines der wichtigsten Trägerprojekte der WHO zur Umsetzung der Strategie Gesundheit für Alle ist ein langfristiges internationales Entwicklungsprojekt, durch das die Gesundheitsförderung auf die Tagesordnung der kommunalen Entscheidungsträger gebracht werden soll. Die Bundesregierung befürwortet das Projekt, das in idealer Weise unserem föderalen Staatswesen entspricht und durch seine Gemeindenähe und Problemorientierung wichtige Ansätze für die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung liefert.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den ersten Jahren eine Anschubfinanzierung für das Programm gegeben.

Das deutsche Netzwerk wurde mit zunächst elf Kommunen 1989 in Frankfurt/Main gegründet. Mittlerweile umfaßt es 36 Kommunen, in denen ca. zehn Millionen Bürger und Bürgerinnen leben. Mitglieder sind neben Städten auch Gebietskörperschaften in Gestalt von Bezirken (z. B. Berlin-Wedding) und Kreisen (z. B. Kreis Neuss). Die Mitglieder des Netzwerkes verteilen sich über das ganze Bundesgebiet und sind bis auf Bremen in jedem Bundesland mit mindestens einer Kommune vertreten: Berlin-Charlottenburg, Berlin-Wedding, Braunschweig, Bremen, Chemnitz, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Essen, Flensburg, Frankfurt/Main, Göttingen, Greifswald, Halle, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Herne, Kassel, Köln, Krefeld, Lübeck, Mainz, München, Kreis Neuss, Norderstedt, Nürnberg, Osnabrück, Rathenau, Rheinbek, Rostock, Saarbrücken, Kreis Steinburg, Hansestadt Stralsund, Kreis Unna.

Da es sich um ein Programm für Kommunen handelt, sind dem Bund die Einzelergebnisse nicht bekannt, zumal eine Berichtspflicht gegenüber der Bundesregierung nicht besteht. Gleichwohl ist die Bundesregierung über Weiterentwicklungen des internationalen Gesunde-Städte-Netzwerkes, z. B. durch Veröffentlichungen der WHO, im wesentlichen informiert.

Ein Indikator für den Erfolg der Konzeption, die dem Gesunde-Städte-Projekt zugrunde liegt, ist vor allem die Weiterentwicklung, die das Programm genommen hat. So ist z. B. das Netzwerk Gesundes Krankenhaus aus einem Aktionsplan mehrerer Städte im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks entstanden und hat sich mittlerweile so weit entwickelt, daß es jetzt als eigenständiges und gleichzeitig als eines der wichtigsten und vielversprechendsten Projekte des WHO-Regionalbüros für Europa gelten kann. Auch in Deutschland gibt es ein solches Netz.

Bei den Gesunden Regionen sind größere Gebiete beteiligt, wie z. B. Nordrhein-Westfalen. Hierdurch werden ebenfalls Querverbindungen zu den Gesunden Städten dieser Region möglich.

Ein weiteres Ergebnis ist die Tatsache, daß das ursprünglich 1987 mit zunächst nur elf Städten gegründete internationale Gesunde-Städte-Netzwerk heute weltweit vertreten ist, ergänzt durch eine Reihe von nationalen Netzwerken.

12. Welche Bedeutung mißt die Bundesregierung der Verhältnisprävention bei, und welche Anforderungen sind an eine Verhältnisprävention zu stellen?

    Welche Schritte wird die Bundesregierung in diesem Bereich einleiten?

    Inwieweit ist es vorgesehen, daß Projekte und Maßnahmen unterschiedliche soziale Schichten gezielt ansprechen werden?

Die grundsätzliche Ausrichtung ihrer Präventionspolitik hat die Bundesregierung bereits 1994 in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Prävention in der Gesundheitspolitik“, Drucksache 12/8238, dargelegt, auf die insoweit verwiesen wird. Verhältnisprävention kann am ehesten im Be-

reich des Arbeits- und Umweltschutzes beeinflußt werden. Die Ansprache unterschiedlicher sozialer Schichten dürfte hier eine gegenüber der Verhaltensprävention untergeordnete Rolle spielen.

13. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen Arbeits- und Umweltbedingungen und der Entstehung von Krankheiten?

    Welche Rolle mißt sie der Gesundheitsförderung und der Verhältnisprävention in diesem Zusammenhang bei?

Es ist unbestritten, daß Arbeits- und Umweltbedingungen Einflüsse auf die Entstehung von Krankheiten haben können. Allerdings ist bis heute nur teilweise bekannt bzw. noch Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Diskussion, welcher Art diese Einflüsse im einzelnen sind, wie sie zusammenwirken und wie groß ihre allgemeine Bedeutung für die Entstehung bestimmter Krankheiten ist.

Zum aktuellen Wissensstand hat die Bundesregierung in jüngster Zeit in zahlreichen Antworten auf parlamentarische Anfragen ausführlich berichtet, u. a. in ihren Antworten auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Kindergesundheit und Umweltbelastungen" (Drucksache 12/4626), die Große Anfrage der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die Notwendigkeit von ökologischen Kinderrechten; Gefährdung von Kindern durch Umweltgifte" (Drucksache 12/4817), die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Ökologischer Gesundheitsschutz" sowie die Kleine Anfrage der Abgeordneten Michael Müller und weiterer Mitarbeiter „Externe Gesundheitskosten durch Umweltbelastungen" (Drucksache 12/7606), auf die insoweit verwiesen wird.

Zur Vermeidung bzw. Reduzierung negativer Einflüsse von Arbeits- und Umweltbedingungen auf das Krankheitsgeschehen spielen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention eine wichtige Rolle.

14. Welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind der Bundesregierung bekannt, und von wem werden diese finanziert?

    Sieht die Bundesregierung eine Notwendigkeit der Förderung, des Ausbaus und der Evaluation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?

    Welche Qualitätsmerkmale sind nach Auffassung der Bundesregierung zu berücksichtigen?

    Welche Auswirkungen hat es auf die betriebliche Gesundheitsförderung, wenn diese in einem Betrieb nicht von einer Betriebskrankenkasse, sondern von einzelnen Krankenkassen als Satzungsleistung angeboten wird?

Zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung z. Z. zehn Modellvorhaben mit einem Finanzvolumen von rd. 24 Mio. DM gefördert. Die Bewilligung weiterer Projekte ist geplant. Hieraus wird die Bedeutung erkennbar, die die Bundesregierung der För-

derung und der Evaluation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beimißt. Bei den Zuwendungsempfängern handelt es sich in vielen Fällen um Krankenversicherungsträger bzw. deren Verbände. Zum Teil sind Krankenversicherungsträger als Kooperationspartner des Zuwendungsempfängers in die Realisierung des Modellprojektes eingeschlossen.

Die Zuwendungsempfänger erbringen einen Eigenanteil, der mindestens 10 % der zuwendungsfähigen Aufwendungen für das jeweilige Modellprojekt beträgt. Die Zuwendungsempfänger erbringen vor allem auch Leistungen im Sinne einer zielgerichteten, der Gesundheitsstörung entgegenwirkenden Gesundheitsförderung sowie zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. In der Regel werden die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mischfinanziert: Die Betriebe tragen zur Finanzierung z. B. durch Ressourcen (Räumlichkeiten, Personen, Budget), durch Anrechnung und zur Verfügungstellung von Arbeitszeit bzw. durch Zeitgutschriften bei; die Krankenkassen als Kostenträger übernehmen in der Regel die Kosten der Maßnahmen. Oftmals beteiligen sich weitere Kostenträger wie z. B. Unfallversicherungsträger an der Finanzierung.

Als Ziele dieser Modellvorhaben sind zu nennen:

- Früherkennung, Beratung und Aufklärung bei arbeitsbedingten Erkrankungen, und zwar zur Verhaltensprävention (Aufklärung und Beratung der erkrankten Arbeitnehmer) und Verhältnisprävention (Beratung der Betriebe),
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten sowie den Betrieben bzw. ihren Betriebsärzten und anderen Fachärzten für Arbeitsmedizin,
- Verbesserung des Transfers arbeitsmedizinischer Erkenntnisse in die allgemeine ärztliche Praxis,
- Entwicklung von Präventionsansätzen zur Vermeidung des arbeitsbedingten Anteils von Erkrankungen.

Da die Förderphase bisher bei keinem Projekt abgeschlossen ist, kann über Ergebnisse und Erfahrungen mit diesen Projekten z. Z. noch keine abschließende Beurteilung abgegeben werden.

Die im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung von den Krankenkassen (u. a. Betriebskrankenkassen, Ortskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Arbeiterersatzkassen) durchgeführten und geförderten Maßnahmen werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in einer europaweiten Datenbank als „Praxisbeispiele betrieblicher Gesundheitsförderung" im WHO-Collaborating Centre in Essen geführt. Bisher wurden hier 139 nutzbare Modell- und Ergebnisbeschreibungen in 93 Betrieben erfaßt.

Gefördert werden Maßnahmen zur Motivation und Befähigung der Beschäftigten zu gesundheitsgerechtem Verhalten am Arbeitsplatz z. B. zu folgenden Themen:

- Rückenschulen,
- Gewichtsreduktion,
- Reduktion von cholesterinreicher Nahrung,
- Muskelaufbautraining zur Prävention von körperlichen Belastungen im Arbeitsprozeß,
- Raucherentwöhnung,
- Training zum Umgang mit Suchtproblemen von Mitarbeitern,
- Streßbewältigungstraining,
- Training von Führungskräften zu gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz hat Ende 1995 eine Bilanzierung belastungsorientierter Gesundheitsförderung im Betrieb vorgenommen (vgl. A. Prior, A. Renner: „Bilanzierung belastungsorientierter Gesundheitsförderung im Betrieb – unter besonderer Berücksichtigung der körperlichen Belastungen", Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, FB 723), in die ca. 70 Gesundheitsförderungsprogramme eingeflossen sind.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und die Bundesanstalt für Arbeitsmedizin haben zahlreiche Modellprojekte in diesem Bereich gefördert und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung evaluiert. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung tragen nachhaltig zu einem Abbau von Krankenständen bei. Sie reduzieren damit Kosten des Betriebes und stärken die Gesundheit der Beschäftigten. Im Rahmen des Programms der Europäischen Kommission „Gesundheitsförderung" werden Kriterien der Evaluation entwickelt und Evaluationsvorhaben europaweit durchgeführt. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz wird in diesem Jahr zur Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung ein europäisches Fachgespräch durchführen, dessen Ergebnisse abzuwarten sind.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat 1991 eine internationale Konferenz zum Thema „Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" durchgeführt. Ein Konferenzbericht liegt vor. Die Bundeszentrale hat darüber hinaus eine Studie zu „Ansatzpunkten, Möglichkeiten und Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die BZgA" in Auftrag gegeben.

Zur Frage nach den Qualitätsmerkmalen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

Sinnvolle und sachgerechte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung liegen im Interesse aller Beteiligten. Die Bundesregierung geht vor diesem Hintergrund davon aus, daß sich aus ggf. unterschiedlichen Kassenzugehörigkeiten keine bedeutsamen Auswirkungen auf die betriebliche Gesundheitsförderung ergeben.

Die Bundesregierung wird beobachten, inwieweit die Betriebe nach der Umstellung der Finanzierung der betrieblichen Gesundheitsförderung weiterhin Initiativen in diesem Handlungsfeld entwickeln.

15. Wie viele Beschäftigte mit welchen Qualifikationen sind im Bereich der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit tätig?

    Wie viele Arbeitsplätze sind durch die Veränderung des § 20 SGB V gefährdet?

Angaben zur Zahl der Beschäftigten liegen der Bundesregierung nur für den Bereich der Krankenkassen vor. Diese beschäftigten nach der GKV-Statistik im Jahre 1995 insgesamt 3 408 Mitarbeiter im Sozialdienst (Ernährungsberater, Diätassistenten, Gesundheitsberater u. a.) und 163 sonstige Fachkräfte (z. B. Ärzte und MTA). Der Bestand wurde insbesondere in den letzten zwölf Jahren aufgebaut, 1984 hatten alle Kassen zusammen erst 473 Mitarbeiter im Sozialdienst. In welchem Umfang die im Sozialdienst beschäftigten Mitarbeiter für Zwecke der Gesundheitsförderung eingesetzt werden, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

Darüber hinaus sind nach Angaben der Krankenkassen rd. 50 000 Personen (z. B. Sportlehrer oder Mitarbeiter der Krankenkassen) nebenamtlich im Rahmen der Gesundheitsförderung tätig.

Quantitative Angaben zur Gefährdung von Arbeitsplätzen infolge der vorgesehenen Neuregelungen in diesem Bereich liegen der Bundesregierung nicht vor.

16. Wer ist nach Auffassung der Bundesregierung besonders durch die beabsichtigte Veränderung des § 20 SGB V betroffen, und welche psychosozialen Auswirkungen wird dies für die Betroffenen haben?

    Welchen Stellenwert mißt die Bundesregierung der Selbsthilfearbeit für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkankungen bei?

    Welche Integrationschancen insbesondere für Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen gehen verloren?

    Welche Bedeutung hat die Arbeit von Selbsthilfegruppen für die soziale und berufliche Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen?

Für die soziale und berufliche Eingliederung von chronisch psychisch Kranken und Behinderten haben Selbsthilfegruppen oftmals einen hohen Stellenwert. So bieten beispielsweise die Selbsthilfe-Vereine des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen ein breites Spektrum von Hilfen an: betreute Wohnformen, Freizeitangebote, Kontaktzentren und begleitende Hilfen sowie Beschäftigungsmöglichkeiten und Selbsthilfefirmen.

Allerdings muß dem in der einleitenden Frage zum Ausdruck kommenden Eindruck entgegengetreten werden, daß Voraussetzung für eine wirkungsvolle Arbeit der Selbsthilfegruppen deren Förderung im Rahmen des § 20 SGB V ist. Allein die Tatsache, daß die Selbsthilfegruppen schon lange vor Inkrafttreten der Regelungen des § 20 SGB V effektiv tätig waren, verdeutlicht, daß eine effiziente Selbsthilfe nicht entscheidend von einer Förderung durch die Krankenkasse abhängt. Hinsichtlich der Auswirkungen der vorgesehenen Rechtsänderungen wird im übrigen auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

17. In welchen Bereichen sieht die Bundesregierung eine Notwendigkeit, besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen für Frauen zu ergreifen?

    Welche Projekte und Modellvorhaben sind der Bundesregierung bekannt?

Konkrete Erkenntnisse über die Notwendigkeit gezielter gesundheitlicher Maßnahmen für Frauen soll eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene systematische Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland liefern. Die Bundesregierung geht davon aus, daß sich hieraus Erkenntnisse zur Frage der Notwendigkeit gezielter gesundheitsfördernder Maßnahmen für Frauen gewinnen lassen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert darüber hinaus Fachtagungen und Konferenzen zum Thema „Frau und Gesundheit“, um den Austausch zwischen Frauengesundheitsforschung und der Praxis der Gesundheitsberufe zu erleichtern und auf diesem Wege aktuelle Erkenntnisse zum Bedarf an frauenspezifischen Maßnahmen zu erhalten.

Im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan ist festgehalten, daß im Bereich der Betreuung, Beratung und Behandlung spezielle Angebote für drogenabhängige Frauen und Abhängige mit Kindern zu schaffen sind. Diese Forderung findet generell in allen dafür geeigneten Modellprogrammen des Bundes und der Länder Berücksichtigung; soweit die Länder frauenspezifische Projekte vorschlagen, werden sie stets bevorzugt geprüft.

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert über die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren als Dachorganisation freier Träger sowie Abstinenz- und Selbsthilfegruppen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise mit dem mehrjährigen Projekt „Frauen in der Suchtselbsthilfe“.

Des weiteren berücksichtigt die neue Bund-Länder-Konzeption zur Verbesserung der Drogen- und Suchthilfe, insbesondere für chronisch abhängige Suchtkranke, im Rahmen des Modells Kooperationsmodell Nachgehende Sozialarbeit die besondere Situation von Frauen, insbesondere auch Schwangeren und Frauen mit Kindern.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zur Thematik geschlechtsspezifischer Ansätze verschiedene Projekte gefördert, so z. B. im Rahmen einer deutsch-französischen Projektmesse die Präsentation des Vorhabens „Suchtprävention für junge Mädchen“, das die Stadt Nürnberg zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt hat. Ferner wurde in Zusammenarbeit mit der Pompidou-Gruppe des Europarates 1995 eine europäische Tagung in Bonn zum Thema „Frauen und Drogen“ durchgeführt, wobei Frauenselbsthilfe ein besonderer Aspekt war.

Die „Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.“ wird vom Bundesministerium für Gesundheit seit Jahren im Rahmen diverser Maßnahmen gefördert.

Den besonderen Problemlagen von Frauen im Hinblick auf AIDS hat die Bundesregierung mit dem Modellprogramm „Frauen und AIDS" entsprochen. Dabei ging es vor allem um die Bereiche Sexualität, Schwangerschaft, Drogenabhängigkeit sowie Prostitution und die sachgerechte Entwicklung und Etablierung von Versorgungsstrukturen.

18. In welchen Bereichen sieht die Bundesregierung eine Notwendigkeit, besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen für ausländische Bürgerinnen und Bürger zu ergreifen?

Welche Projekte und Modellvorhaben sind der Bundesregierung bekannt?

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer hat in ihrem Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland vom Dezember 1995 die Notwendigkeit besonderer gesundheitsfördernder Maßnahmen für folgende Gruppen hervorgehoben:

- Säuglinge,
- Kleinkinder,
- Schwangere,
- Ältere,
- Arbeitnehmer in gesundheitsbelastenden Branchen.

Einige Projekte, die sich mit diesen Problemfeldern befassen, werden in der Veröffentlichung „Gesundheit und Migration – Modellprojekte von Gesundheitsämtern" vorgestellt. Eine vollständige Zusammenstellung für ganz Deutschland liegt jedoch nicht vor.

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst können beispielhaft folgende Modelle genannt werden:

- Begleitung der Einschulungsuntersuchung am Braunschweiger Gesundheitsamt durch eine türkisch sprechende Sozialpädagogin,
- Erst-Untersuchungsprogramm des Bremer Gesundheitsamtes für Asylsuchende; hier werden klassische Angebote (körperliche Untersuchung, Infektionsschutz) mit allgemeinen gesundheitsberatenden Angeboten gekoppelt,
- Aktivitäten des Heidelberger Gesundheitsamtes zur Gesundheitsberatung älterer Migrantinnen und Migranten.

In vielen Situationsanalysen zur psychosozialen Versorgung der ausländischen Bevölkerung in Deutschland wird auf die mangelnde Inanspruchnahme von psychosozialen Versorgungseinrichtungen hingewiesen, obwohl es regional nationalitätenspezifische psychosoziale Angebote besonders im (groß)städtischen Bereich gibt. Andererseits muß aber festgestellt werden, daß hier flächendeckend noch kein ausreichendes Angebot existiert. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung den Erfahrungsaustausch, z. B. im Rahmen der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit, mehrfach finanziell unterstützt.

Von besonderer Bedeutung sind auch die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in diesem Bereich. Hier sind diverse Materialien für ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger entwickelt und herausgegeben worden, so z. B. ein Leitfaden für Krebspatienten in vier Sprachen (türkisch, griechisch, italienisch, serbokroatisch). Kulturspezifische Muster von Sexualität und ihre Bedeutung für die AIDS-Prävention bei Mitbürgern aus der Türkei sind in entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen aufgegriffen worden. Aufklärungsmaterial, das HIV-präventives Verhalten unterstützt, liegt auch in englischer, französischer, polnischer, rumänischer, russischer und tschechischer Sprache vor.

Im Rahmen der neuen Bund-Länder-Konzeption zur Verbesserung der Drogen- und Suchthilfe wurde festgestellt, daß für spezielle Gruppen ausländischer Abhängiger Angebotsdefizite bestehen. Einige Drogenhilfeeinrichtungen beschäftigen deshalb im Hinblick auf Sprachbarrieren, die die Akzeptanz von Hilfsangeboten erschweren können, ausländische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Darüber hinaus ist mehrsprachiges Informationsmaterial bundesweit verfügbar.

19. Inwieweit sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die wissenschaftliche Forschung und Lehre im Bereich der Gesundheitsförderung und Selbsthilfe auszubauen?

    Welche Bedeutung haben hierbei die Public-Health-Studiengänge, und welche Auswirkungen hat die beabsichtigte Veränderung des § 20 SGB V auf diese Studiengänge?

Die Bundesregierung fördert im Regierungsprogramm „Gesundheitsforschung 2000" fünf regional verankerte Forschungsverbünde zu Public Health, die mit entsprechenden Aufbaustudiengängen an Universitäten und einem grundständigen Studiengang an einer Fachhochschule eng verknüpft sind. Die Förderung dient dem Aufbau von Forschung und Lehre im Bereich Public Health in Deutschland und damit auch der wissenschaftlichen Fundierung in den Teilbereichen von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Die Studiengänge haben dabei insbesondere die Funktion, ein wissenschaftlich fundiertes Qualifikationsspektrum zu vermitteln, das den vielfältigen Anforderungen in Berufsrollen in einem modernen Gesundheitswesen gerecht zu werden vermag. Dies schließt wesentliche methodische und inhaltliche Qualifizierungsangebote für die Bereiche Gesundheitsförderung und Selbsthilfe ein, die in den Studiengängen in unterschiedlicher Gewichtung enthalten sind. Soweit Kritik an bestimmten Präventionsangeboten berechtigt ist, verweist diese auch auf noch bestehende Qualifikationsdefizite und auf mangelnde wissenschaftliche Fundierungen in Handlungsfeldern der Prävention.

Die Auswirkungen der beabsichtigten Veränderung des § 20 SGB V auf die Studiengänge sind im einzelnen vorab nur schwer zu beurteilen.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333